

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23781>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Verenigingsverslagen

(De redactionele verantwoordelijkheid voor vorm en inhoud berust bij de secretaris van de desbetreffende vereniging)

Nederlands Huisartsen Genootschap

Vergadering gehouden op 2 juni 1995 te Maastricht

J.J.den Otter, G.Reijnen, R.P.Akkermans, J.Molema, C.P.van Schayck en C.van Weel (Nijmegen), *Vaststellen van bronchiale hyperreactiviteit met provocatie of piekstroomvariatie?*

Bronchiale hyperreactiviteit (BHR) is één van de belangrijkste kenmerken van astma. Om de aanwezigheid hiervan vast te stellen wordt in de kliniek vaak een provocatietest gedaan (met bijvoorbeeld histamine). Het resultaat van deze test wordt uitgedrukt als de concentratie histamine die een 20% daling geeft van de uitgangswaarde van de longfunctie (PC_{20}). Een PC_{20} van ≤ 8 mg/ml geldt algemeen als hyperreactief. De huisarts kan volgens de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) echter ook gebruik maken van de dagelijkse piekstroomvariatie (ΔPEF). Als de $\Delta PEF \geq 15\%$ dan spreekt men in het algemeen van BHR. Gebruik maken van deze maat zou kunnen betekenen dat de patiënt niet verwezen hoeft te worden naar de kliniek.

Doel. Dit onderzoek beoogt te toetsen of BHR gemeten met behulp van de dagelijkse piekstroomvariatie (ΔPEF) uitwisselbaar is met de in de kliniek gebruikte maat (de PC_{20}).

Methoden. 384 patiënten met aanwijzingen voor astma of chronische obstructieve longziekten registreerden gedurende 3 weken 2 maal daags hun piekstroom. Daarop werd in de kliniek een histamine-provocatietest gedaan. ΔPEF werd berekend als $(\text{max-min}/\text{max}) \times 100\%$ en gecorreleerd (Spearman) met de PC_{20} .

Resultaten. De correlatie tussen de PC_{20} en de ΔPEF was zeer laag ($r = -0,233$). Met de PC_{20} als gouden standaard bedroeg de positief voorspellende waarde van een ΔPEF van minimaal 15% slechts 54%. 50 patiënten hadden een $\Delta PEF \geq 15\%$ gedurende één of meer dagen en een PC_{20} van 32 mg/ml (de laatste waarde duidt op een volledige afwezigheid van hyperreactiviteit); 100 patiënten toonden een $PC_{20} \leq 8$ mg/ml (duidelijk hyperreactief) en op geen enkele van de 21 dagen een $\Delta PEF \geq 15\%$.

Conclusie. PC_{20} en ΔPEF lijken niet dezelfde aspecten van BHR te meten. De resultaten zijn dusdanig dat een normale ΔPEF geenszins een garantie is voor het uitsluiten van BHR. Omgekeerd hoeft een duidelijke piekstroomvariatie niet altijd te betekenen dat iemand een positieve histamine-provocatietest heeft. Beide tests zijn dus geenszins uitwisselbaar. Wat dit betreft dient de NHG-standaard aangepast te worden.

J.J.den Otter, M.Knitel, R.P.Akkermans, C.P.van Schayck, C.van Weel en H.T.M.Folgering (Nijmegen), *In hoeverre is spirometrie verricht door de doktersassistent haalbaar?*

Longfunctiemetingen zoals de geforceerde vitale capaciteit en het geforceerd expiratoir eensecondevolume kunnen tegenwoordig ook in de huisartspraktijk bepaald worden. Deze stu-

die onderzoekt de mogelijkheid om zulke metingen door de doktersassistent te laten verrichten.

Methoden. Van 17 geïnstrueerde doktersassistenten werden met behulp van een video opnamen gemaakt gedurende een longfunctietest met behulp van een handzame mobiele spirometer, de Microplus (Micromedical, Rochester, Kent). Deze longfunctiemeter laat geen flow-volume-grafiek zien. Het optreden van de doktersassistenten werd aan de hand van een speciaal ontworpen scoreformulier vastgesteld. Deze scorelijst bevatte 12 instructie- en 7 meet-items. Door middel van de video-opnamen scoorden 7 ervaren longfunctie-assistenten het optreden van de doktersassistenten op de lijst. De overeenkomst tussen de longfunctie-assistenten, uitgedrukt in kappa-waarden (κ), werd gebruikt als referentie om de optredens van de doktersassistenten te scoren. Alleen items met een $\kappa \geq 0,6$ werden gebruikt.

Resultaten. 8 van de 12 items met betrekking tot de instructie en slechts 3 van 7 meet-items hadden een κ van minimaal 0,6. Slechts deze items werden geëvalueerd. Voor de instructie van de patiënt scoorden de doktersassistenten voldoende op de items: lichaamshouding van de patiënt, plaatsing op de lippen om het kokertje en kracht van de expiratie. Onvoldoende werd gescoord op positie van de nek en armen, plaatsing van de tanden, volledigheid van de expiratie, aanmoediging en het voordoen van de longfunctiebepaling. Met betrekking tot de meting voerden de doktersassistenten 2 items betreffende de plaatsing van de koker goed uit. De aanmoediging van de patiënt scoorde laag.

Conclusies. Vooralsnog lijken de doktersassistenten onvoldoende in staat om de patiënt adequaat te instrueren. De longfunctie-assistenten gaven als commentaar dat het doen van een uitspraak over de betrouwbaarheid van meting met een longfunctiemeter die geen flow-volume-grafiek toont nauwelijks mogelijk is. Als gevolg van een lage overeenstemming met betrekking tot de kwaliteit van de longfunctiemetingen is het niet mogelijk om een algemene conclusie te trekken. Voordat de doktersassistent een betrouwbare longfunctiemeting kan afnemen, zal een uitgebreidere training dienen plaats te vinden.

I.J.M.Smeele, R.Grol, W.van de Bosch en C.P.van Schayck (Nijmegen), *Effectiviteit van monitoring en feedback van CARA-patiënten in de huisartspraktijk ten aanzien van klachten en kwaliteit van leven*

In een prospectief onderzoek werd de effectiviteit van monitoring en feedback vergeleken met de effectiviteit van een nascholingsprogramma bij CARA-patiënten en bij een controle-groep.

Methoden. Er werden drie groepen huisartsen geformeerd. De monitoring en feedback (25 huisartsen met 257 patiënten) bestond uit een intake-consult, periodieke controle, en feedback aan de huisarts betreffende longfunctieverloop (geforceerd expiratoir eensecondevolume), rookgedrag, medicatiegebruik en controle-compliance. Het nascholingsprogramma (17 huisartsen met 230 patiënten) bestond uit vier bijeenkom-

sten, waarbij gebruik werd gemaakt van het CARA-deskundigheds-bevorderingspakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De controlegroep bestond uit 19 huisartsen met 275 patiënten. De uitkomstmaten waren CARA-symptomen (Medical Research Council-vragenlijst), ziektespecifieke kwaliteit van leven (Maille-Kaptein-vragenlijst, 7 subschalen) en functionele status gemeten met de COOP-WONCA-kaarten. De gegevens werden verzameld door middel van schriftelijke vragenlijsten.

Resultaten. Na een jaar was er wat betreft ziektespecifieke kwaliteit van leven een vooruitgang in alle drie de groepen; het meest uitgesproken in de monitoring/feedback-groep: gemiddeld 15% van de uitgangswaarde, significant op alle 7 subschalen ten opzichte van de uitgangswaarde ($p < 0,05$). De nascholings- en de controlegroep vertoonden beide gemiddeld 8% vooruitgang ten opzichte van de uitgangswaarde, significant bij 2 van de 7 subschalen. Wat betreft de COOP-WONCA-kaarten waren alleen bij de kaarten 'algemene gezondheid' in de monitoring/feedback-groep ($p < 0,01$), en 'gemoedstoestand' in de controlegroep ($p < 0,05$) de veranderingen ten opzichte van de uitgangswaarde significant. Bij de symptoomscore was de verandering ten opzichte van de uitgangswaarde het grootst (16%) in de monitoring/feedback-groep. De veranderingen waren niet significant ten opzichte van de veranderingen in de controlegroep, behalve bij de COOP-WONCA-kaart 'gemoedstoestand' (verbetering in controlegroep, $p < 0,05$).

In een subgroepanalyse van ernstigere CARA-patiënten was er een significante ($p = 0,002$) verbetering van de symptoomscore in de monitoring/feedback-groep ten opzichte van de controlegroep.

Conclusie. Hoewel de gevonden veranderingen niet significant zijn ten opzichte van de controlegroep, zijn deze in de monitoring/feedback-groep allemaal in dezelfde richting en groter, hetgeen een aanwijzing is dat monitoring/feedback leidt tot minder CARA-symptomen en een betere ziektespecifieke kwaliteit van leven-score. Nascholing heeft geen effect op symptoom- en kwaliteit van leven-score.

I.J.M.Smeele, C.P.van Schayck, R.Grol en A.R.Maille (Nijmegen), *Ziektespecifieke kwaliteit van leven van CARA-patiënten in de huisartspraktijk*

Is er een beperking van de kwaliteit van leven (KvL) van CARA-patiënten onder behandeling van de huisarts? Wat zijn de relaties tussen (subjectieve en objectieve) indicatoren van ziekte-ernst en de beperkingen van de KvL?

Methoden. Uit 11 huisartspraktijken werden 351 volwassen CARA-patiënten (uitsluitend onder behandeling van de huisarts) geselecteerd op basis van astmaspecifiek medicatiegebruik en longfunctiebeperking (geforceerd expiratoir eensecondedevolume (FEV_1) \leq PV-1.64SD). Voor dit transversale onderzoek werden gegevens verzameld betreffende symptomen (Medical Research Council-vragenlijst), medicatiegebruik, co-morbiditeit, rookgewoonte, exacerbaties, ziektespecifieke KvL (Maille-Kaptein-vragenlijst), functionele status (COOP-WONCA-kaarten) en longfunctie (FEV_1).

Resultaten. De gemiddelde score op de ziektespecifieke KvL (op een 7-punts-Likert-schaal; 1 = geen beperking, 7 = ernstige beperking) op de 7 subschalen liep van 1,5 (SD 0,92) voor 'algemene activiteiten' tot 2,45 (SD 1,07) voor 'ademhalingsklachten'. Er werden relevante, noch significante relaties gevonden met meer objectieve indicatoren van ziekte-ernst zoals rookgedrag, bronchusverwijder-gebruik en FEV_1 (Spearman $r = 0,01$ - $0,22$). Er was wel een relevante en significante correlatie met subjectieve indicatoren zoals symptoomscore ($r = 0,44$ - $0,74$; $p < 0,0001$). De COOP-WONCA-scores (schaal

1 tot 5; 1 = geen beperking, 5 = ernstige beperking) liepen van gemiddeld 1,7 (sociale activiteiten) tot 2,2 (gemoedstoestand). De correlaties met de ziekte-indicatoren waren op één na allemaal zwak ($r < 0,34$).

In een multivariaat model kon met genoemde ziekte-indicatoren ongeveer een derde ($r^2 = 0,34$ - $0,38$) van de variantie van de ziektespecifieke KvL en minder dan een kwart ($r^2 = 0,09$ - $0,24$) van de variantie bij de COOP-WONCA-kaarten verklaard worden. De ernst van de kortademigheid had in dit model (met name voor de activiteiten en psychosociale subschalen) de grootste bijdrage ($p < 0,00$ - $0,01$).

Conclusie. De KvL van CARA-patiënten onder behandeling van de huisarts is maar bij een kleine groep patiënten beperkt. Slechts een klein deel van het verschil in de KvL tussen CARA-patiënten kan verklaard worden uit in de huisartspraktijk gebruikte indicatoren van ziekte-ernst. De mate van kortademigheid is daarvan de belangrijkste, de longfunctie (FEV_1) levert nauwelijks een bijdrage.

G.van den Boom, M.P.M.H.Rutten-van Mólken, C.P.van Schayck en C.van Weel (Maastricht), *Functionele status en kwaliteit van leven bij personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van astma en (of) chronische obstructieve pulmonale ziekte*

In een grootschalig onderzoek waarin 10 huisartspraktijken participeren worden momenteel 384 personen gevolgd. Deze personen vormen een steekproef uit de open populatie waarbij na een eenmalige screening een verhoogd risico is geconstateerd op het ontwikkelen van astma en (of) chronische obstructieve pulmonale ziekte (COPD). De monitoring bestaat uit periodieke (longfunctie)metingen om na te gaan of astma en (of) COPD zich daadwerkelijk ontwikkelen. Tijdens de driemaandelijke metingen op de praktijken wordt defunctionele status (FS) gemeten met behulp van de COOP/WONCA-kaarten. Jaarlijks wordt de kwaliteit van leven (KvL) gemeten met behulp van twee ziektespecifieke instrumenten: de 'Chronic respiratory questionnaire' en de 'Asthma quality of life questionnaire'. Uit analyse van de eerste gegevens bleek dat van de 384 personen 74% de afgelopen jaren de huis- en (of) longarts niet heeft geconsulteerd in verband met ademhalingsproblemen. Zelfs bij de ernstigste gevallen (geforceerd respiratoir eensecondedevolume (FEV_1) \leq voorspelde $FEV_1 - 2$ SD of een reversibiliteit $\geq 15\%$ en een PC_{20} (de minimale concentratie histamine die een 20% daling in FEV_1 veroorzaakt) < 2) is dit percentage hoog te noemen (65%).

Wat is de reden dat sommige risicopatiënten wel en anderen niet de huis- en (of) longarts consulteren in verband met ademhalingsproblemen? Deze vraagstelling beperkt zich tot de (generieke) FS en de (ziektespecifieke) KvL.

Methoden. De groep van 384 personen met een verhoogd risico op het krijgen van astma en (of) COPD is ingedeeld in een groep die wel en een die niet de huis- en (of) longarts geconsulteerd heeft. De verschillen in FS en KvL tussen deze twee groepen zijn getoetst met behulp van non-parametrische toetsen (Mann-Whitney). De scores op de COOP-WONCA-kaarten (FS) lopen van 1 (niet beperkt) tot 5 (maximaal beperkt). De scores op de afzonderlijke domeinen van de ziektespecifieke KvL-instrumenten lopen van 1 (maximaal beperkt) tot 7 (geen enkele beperking).

Resultaten. De resultaten van de toetsen staan in onderstaande tabel.

Conclusies. De functionele status verschilt niet significant tussen de groep die wel en de groep die geen medische hulp zocht in verband met ademhalingsproblemen; de ziektespecifieke KvL echter wel. Deze verschillen zijn statistisch hoog sig-